Weiteres Schicksal

der

in den letzten Jahren zu Erlangen

operierten

Gesichtscarcinome.

Inaugural-Dissertation

VERFASST UND DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-ALEXANDER-UNIVERSITÄT ZU

ERLANGEN

zur

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE

vorgelegt von

Julius Merkert

aus Arzheim bei Landau [Pfalz].

WÜRZBURG

Druck der Ferdinand Röhrl'schen Buchdruckerei

1890.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät.

Referent: Herr Prof. Dr. *Heinecke*.

Zum Eingang sei es mir gestattet, in kurzen Zügen den Begriff Carcinom festzustellen, um dann etwas näher einzugehen auf die Eigentümlichkeiten der einzelnen Gesichtskrebse.

Der häufigste tumor unseres Körpers, das Carcinom, ist eine atypische Wucherung des Epithels in fremdartige Gewebe, besonders in das Bindegewebe hinein, wobei dieses teils zerstört, teils zum Aufbau des Geschwulstgerüstes verwandt wird. Dieses Gerüstwerk umschliesst die epithelialen Zellen, welche dichtgedrängt bald in Zapfenform bald in »Nestern« angeordnet sind.

Die Deckepithelien sind der Boden für die Hautcarcinome, die Drüsenepithelien für die Drüsencarcinome.

I. Das Hautcarcinom befällt mit Vorliebe die Uebergangsstellen der Haut zu den Schleimhäuten; deshalb treffen wir dasselbe vor allen Dingen an den Lippen; ebensolche Stellen sind: die Nasenflügel, die anusöffnung, die Lider, die Spitze des penis. Ausserdem sind die Schleimhäute noch prädisponiert zur Krebswucherung an folgenden Stellen: die Schleimhaut der Zunge, des Kehlkopfs, des ösophagus, des Magens, des unteren Rectum, der Blase.

Das klinische Charakteristikum der Hautkrebse ist das Prävalieren der Geschwürsbildung über die Geschwulstbildung, wahrscheinlich wegen des massenhaften Eindringens von Spaltpilzen. Dieses »Krebsgeschwür« breitet sich in die Fläche aus, aber auch in die Tiefe, sodass die Muskeln und sogar die Knochen zerstört werden können. Die Gesichtshaut nimmt aus gewissen Gründen darin eine Ausnahmestellung ein, denn hier überwiegt die Verbreitung in die Fläche, so dass Muskeln und Knochen seltener angefressen werden; deshalb war diese früher von den andern Krebsen etwas gesondert durch den euphemistischen Namen ulcus rodens, weil man sich nicht denken konnte, dass ein eigentlicher Krebs ein so langgezogenes Wachstum haben könne.

II. Die Drüsencarcinome können sich von dem Drüsenepithel der Haut entwickeln, also von den Schweiss-, Talg- und Schleimdrüsen. Dann sind sie schwerer unterscheidbar von den Hautkrebsen. Deshalb meint man auch schlechthin unter Drüsencarcinom dasjenige der »grossen Drüsen«, Brust, Leber, Niere. Der grosse Unterschied von den Hautkrebsen besteht darin, dass hier die Geschwulstbildung bedeutend in den Vordergrund tritt vor der Geschwürsbildung; im übrigen geschieht die Wucherung auf die gleiche Weise durch Einlagerung der Zellenbrut zwischen die Bindegewebsmaschen. Besonders der Mammakrebs zeigt uns dieses Vorwiegen der Geschwulstbildung, indem nämlich hier schon beinahe die ganze Drüse in einen tumor verwandelt sein kann, bis nur an einer kleinen Stelle Ulceration auftritt. Daher gebraucht man auch den Namen Skirrhus (Faserkrebs), bei welchem durch frühzeitigen Zerfall der Krebsnester narbige Verdichtung des Stroma erfolgt. Da es Platten- und Cylinderepithel giebt, so

giebt es auch gleichnamige Krebse je nach dem Mutterboden. Gegenüber dem weit verbreiteten Plattenepithel findet sich das Cylinderepithelcarcinom eigentlich nur im Darm und Fruchthalter.

Wir sagten vorhin, das Carcinom sei die häufigste Geschwulstbildung am menschlichen Körper; es ist leider so häufig, dass es eine Geissel der Menschheit genannt werden kann. Besonders schrecklich aber ist das Carcinom im Gesichte; denn die Entstellung der Züge, der Zerfall der Oberfläche, welcher im höchsten Grade übelriechend, oft einen geradezu schauerlichen Anblick gewährt, das beständige Wachstum, der allgemein verbreitete Glaube an die Unheilbarkeit, haben hingereicht, im Volke diese Lokalisation der Krankheit als furchtbar erscheinen zu lassen.

Auf die Frage, warum gerade die Krebse des Gesichts eine besondere Aufmerksamkeit verdienen, braucht man nur eine Statistik der Krebse überhaupt vorzuweisen. Die ausführlichste ist diejenige von *Winiwarter* (Beiträge zur Statistik der Carcinome, Stuttgart 1878).

Darin finden wir folgendes:

	Männer	Weiber	Summa
Brustdrüse	3	170	173
Gesicht	226	52	278
Parotis	3	3	6
Schilddrüse	2	3	5
Oesophagus	8	1	9
Larynx	1	—	1
Hoden	12	—	12
Aeussere Genitalien	15	4	19
Prostata	1	—	1
Uterus	—	8	8

	Männer	Weiber	Summa
Rectum	12	11	23
Extremitäten	5	4	9
Rumpf	1	2	3
Hypothysis	1	—	1
Summa	290	258	= 548

Daraus geht also hervor, dass von den 548 Carcinomen *Winiwarter's* 278, d. i. über die Hälfte im Gesicht ihren Sitz hatten. Die Beobachtung dieses Wiener Forschers ist von anderen Statistikern bestätigt gefunden worden, sodass wir den Satz als Thatsache annehmen können: Die Hälfte aller Krebse sind Gesichtskrebse.

Ebenso interessant ist es, zu verfolgen, in welchem Verhältniss die obigen 278 Gesichtskrebse auf die einzelnen Gegenden verteilt waren.

Unterlippe	62
Schleimhaut d. Wange, Mundhöhle	51
Zunge	46
Lider, Bulbus und Orbita	36
Nase	30
Ohr	7
Oberlippe	5
	237

Die Gesichtscarcinome können als eine abgeschlossene Gruppe betrachtet werden, weil sie gewisse Merkmale zeigen, wodurch sie sich von den übrigen Hautkrebsen unterscheiden: 1) das Fehlen der Metastasen in den inneren Organen, 2) der langsame Verlauf, 3) die seltenere Erkrankung der Lymphdrüsen. Weitere Stützpunkte für diese Sonderstellung gewinnen wir aus folgenden Eigentümlichkeiten: das häufig nach-

weisbare Entstehen aus angeborenen Warzen und Muttermälern, die flächenhafte Ausbreitung als Ulceration ohne entsprechende Infiltration, die verschiedene Empfänglichkeit je nach dem Geschlecht, die Combination mit krebsiger Knochenerkrankung, welche häufig zur Nekrose führt, die auffallend verschiedene Disposition ganz benachbarter Regionen.

Winiwarter's Tabelle über das Alter bei den einzelnen Gesichtsgegenden ergiebt:

Alter:	15-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	76-85
Unterlippe	2	2	5	24	12	9	1
Oberlippe	—	1	—	—	4	—	—
Nase	—	2	4	7	12	2	2
Lider, Bulbus	3	2	11	6	6	4	—
Wange, Stirn, Schläfe	1	3	6	8	7	9	2
Ohrmuschel	—	—	—	5	1	1	—
Summa:	6	10	26	50	42	25	5

Die Tafeln über das Geschlecht bei den einzelnen Gesichtskrebsen sind besonders interessant, weil sie in gewissen Bezirken fast eine vollständige Immunität des weiblichen Geschlechtes ergaben. Es folgen hier die Resultate *Winiwarter*'s, *Bergmann*'s und *Billroth*'s.

	Männer	Weib.	Sum.	M.	W.	S.	M.	W.	S.
Unterlippe	61	1	62	126	17	143	61	1	62
Oberlippe	2	3	5	1	2	3	2	3	5
Nase	14	16	30	8	8	16	14	16	30
Lider u. Bulbus	26	10	36	13	10	23	26	10	36
Wange	22	2	24	14	8	22	22	2	24
Stirn u. Brauen	2	7	9	3	2	5	2	7	9
Kinn u. Unterkief.	2	—	2						
Schläfe	4	2	6	2	2	4	4	2	6
Ohr	6	1	7	4	—	4	6	1	7

Unterlippe, Augenlid und Wange erscheinen nahezu reserviert für das männliche Geschlecht, wogegen dasselbe bei Stirn, Nase und Oberlippe etwas entlastet ist.

Die Statistik weist ebenfalls nach, dass die von Gesichtskrebsen Betroffenen meist bis dahin ganz gesund waren und auch während des Bestehens der Krankheit ziemlich ungestörtes Allgemeinbefinden zeigten.

Schon längst hat sich jedem Kliniker die Thatsache bemerkbar machen müssen, dass bei den Lippenkrebsen die Landbevölkerung und überhaupt die im Freien Arbeitenden ungemein stark beteiligt sind, ja dass dieser Stand bei den Gesichtskrebsen überhaupt den weit überwiegenden Procentsatz stellt.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich die grosse Streitfrage erwähnen, ob die Entstehung der Unterlippenkrebse auf gewisse Reizzustände zurückzuführen ist, speciell auf das Tabakrauchen. Dafür spricht folgendes: Alle Zusammenstellungen stimmen darin überein, dass von den Gesichtscarcinomen die häufigsten diejenigen der Unterlippe sind, und dass die Männer bedeutend in der Ueberzahl sind, so dass durchschnittlich auf 20 Männer ein Weib trifft. *Warren* fand auf 73 Männer mit Lippenkrebsen 4 Frauen, von denen 3 rauchten; ferner ist der Sitz des Krebses dort, wo Pfeife und Cigarre mit der Haut in Berührung kommen, also zwischen Mundwinkel und Mitte der Lippe. Die reizende Wirkung dürfte wohl auf der von *Ludwig* im Tabakrauch nachgewiesenen Carbolsäure beruhen.

Jedoch widersprechen sich die Statistiker in Bezug auf die ätiologischen Momente: *Winiwarter* fand, dass fast alle Patienten Raucher waren, *Partsch* dagegen be-

obachtete bei 67 Fällen ebensoviele Raucher als Nichtraucher, so dass er mit *Thiersch* den Einfluss des Rauchens nicht zu hoch anschlägt.

Eine gewisse relative Gutartigkeit verdanken die Gesichtskrebse dem Umstande, dass hier meist die flache Form der Ulceration herrscht mit wenig infiltrierten Rändern, wo nur die Cutis ergriffen ist, häufig nicht einmal das Unterhautbindegewebe; die infiltrierte Form hat nur die Oberlippe und die Ohrmuschel zum Gebiet.

Der Wundverlauf nach Operationen der Gesichtskrebse wird manchmal gestört durch die Phlegmone des plastischen Lappens und durch Erysipel, welches sich auf die Hirnhäute fortleiten kann. *Winiwarter* fand, dass die Mortalität nach den Operationen, namentlich mit Rücksicht auf das vorgerücktere Alter der Betreffenden, nicht hoch ist. Folgende Tabelle zeigt das weitere Schicksal der von ihm beobachteten Operationen:

An Recidiv gestorben oder mit inoperablem Recidiv lebend	37
Geheilt entlassen, Endschicksal unbekannt	40
An der Operation gestorben	16
Frei von Recidiv an einer andern Krankheit gest.	6
Frei von Recidiv geblieben	67

Nirgends am Körper kommt die Entstehung der Carcinome aus angeborenen Affektionen der Haut so häufig vor wie im Gesicht, indem nämlich dieselben sich hier oftmals auf einem Mutterboden entwickeln, welcher nicht mehr die Struktur der normalen Haut besitzt. So haben wir 1. Erfrierungen, wodurch eine habituelle Blutüberfüllung entsteht, 2. chronische Infiltration der Haut nach Erysipel, 3. Naevus, 4. Narben,

5. Warzen, d. i. Hypertrophie der Papillen mit gesteigerter Epithelwucherung, 6. Retentionsgeschwülste.

Daraus lässt sich die berechtigte Forderung ableiten, dass jede, noch so unschuldig aussehende Warze etc. besonders bei plötzlich auftretendem Wachstum und Schmerzempfindung den Verdacht auf krebsige Entartung erwecken muss und daher sich zu schleunigster operativer Entfernung empfiehlt.

Von allen Gesichtscarcinomen ist das praktisch wichtigste das Lippencarcinom. Die ersten Anfänge zeigen sich fast immer zwischen Mundwinkel und Medianlinie; bei Berührung bluten sie leicht, es entstehen Schorfe und Ulcerationen. Selten verbreitet sich der Prozess in der ganzen Höhe der Lippe bis zum Rande des Kinn, sondern mehr in gleicher Linie gegen den Mundwinkel und nach einiger Zeit auch gegen den Mundwinkel der andern Seite. Die Lymphgefässe führen bald eine Infiltration der Drüsen auf der glandula submaxillaris und etwas weniger häufig derjenigen in der mittleren Unterkinngegend herbei. Daraus entsteht die praktische Regel, niemals diese beiden Gruppen bei der Untersuchung zu vernachlässigen, wie man ja überhaupt bei der Untersuchung auf sekundäre Lymphdrüsenkrebse nicht sorgfältig genug vorgehen kann. Von eminenter Bedeutung für den Praktiker ist die frühzeitige Erkennung einer anfänglich so unscheinbaren Wucherung als Carcinom, denn dadurch können viele vor einem beklagenswerten Ende bewahrt werden. Es besteht nur die Möglichkeit einer Verwechselung mit syphilitischer Initialsklerose.

Bei einem Menschen vor dem 30. Lebensjahre hat diese viel mehr Wahrscheinlichkeit als Carcinom, was gewöhnlich durch die Diagnose ex invantibus be-

stätigt wird. Hilft die sofort eingeleitete Schmierkur nichts, so hat man nicht viel Zeit verloren und kann dann mit Recht operativ vorgehen. Nach dem 30. Jahre ist die Wahrscheinlichkeit für Krebs viel grösser, und man ist eigentlich nicht mehr berechtigt, der Inunktionskur die kostbare Zeit zu opfern.

Kleinere Carcinome können nach der Operation durch einfache Naht vereinigt werden, die grösseren erfordern die sogenannte Cheiloplastik, deren einzelne Arten die Namen bedeutender Chirurgen tragen.

Jedoch trotz aller dieser aufgewandten Kunst schwebt über dem Patienten beständig das Damoklesschwert des gefürchteten Recidivs. Er muss deshalb sorgfältig überwacht werden und zwar sind es wesentlich zwei Arten des Rückfalls, auf welche man zu achten hat: 1. das lokale Recidiv an der Lippe selbst, 2. das Recidiv in den Lymphdrüsen. Das kleinste Knötchen in der Umgebung verlangt sofort eine zweite Exstirpation. Erst nachdem ungefähr ein Jahr ohne Rückfall geblieben, darf man auf völlige Heilung hoffen.

Die Carcinome der Nase hat man entstehen sehen nach Erfrierungen, Geschwüren, in einzelnen Fällen auch bei Erysipelas bullosum.

Die traumatische Aetiologie ist durchaus nicht von der Hand zu weisen, da die Carcinome nach Fall oder Stoss auf die Nase nicht so selten sind.

Der Alters-Disposition nach ist das Decennium 55—65 am meisten belastet.

Das Nasencarcinom beginnt entweder als Knötchen, oder als Warze oder Geschwürchen. Der Sitz kann sehr verschieden sein: meist der Nasenflügel, dann die Spitze, der Rücken, die Schleimhaut des Nasenflügels.

Der Form nach sind zwei Haupttypen zu unterscheiden: die flache Ulceration, welche zunächst in der Haut allein sich ausbreitet und merkwürdigerweise Jahre lang brauchen kann, bis sie die Weichteile vollkommen zerstört hat, dann die infiltrierte Form, gekennzeichnet durch eine circumscripte, sehr voluminöse markige Neubildung, anfangs nur zwischen Cutis und Unterhautbindegewebe auf der knorpeligen Unterlage verschieblich sitzend, später jedoch zu einem Kratergeschwür zerfallend, welches rasch nach der Tiefe zu in die Nasen- oder Mundhöhle durchbricht und eine ganz umgrenzte, aber vollständige Zerstörung der Weichteile, des Knorpels und der Knochen herbeiführt.

Das Wachstum beim Nasenkrebs ist sehr langsam, so dass man eine Periode der Stabilität annehmen kann, während welcher die Neubildung nur wenig fortschreitet. Bei dieser langen Dauer ist das Leben erst spät ernstlich gefährdet.

Die Drüseninfektionen sind selten, ebenso die Metastasen innerer Organe; die Schmerzen sind sehr gering, ja man hat kolossale Zerstörungen gesehen, ohne dass der Patient subjektiv stark darunter litt. Auch die Funktion der Riechschleimhaut scheint lange intakt zu bleiben.

Zur Entwickelung des Carcinoms auf Lid und Bulbus scheinen die Lebensalter von 40—50 am meisten geneigt zu sein. Meist fängt es an mit einem Knötchen, welches nach einer epithelialen Verschorfung etwas nässt und sich dann mit einer Borke bedeckt. Ausser-gewöhnlich häufig sind die Fälle, bei denen sich der Krebs aus einer präexistierenden Warze entwickelt, ebenso sollen langdauernde Reizzustände der Conjunctiva die Ursache bilden können. Der Verlauf ist noch

viel langsamer als bei der Nase und den Lippen. Bezüglich der Formen, in welchen sich die Erkrankung darstellt, unterscheidet *Winiwarter* drei Gruppen: die häufigste ist die der trocknen flachen Ulceration auf infiltriertem Grunde mit der Neigung zu ausgebreiteter Zerstörung, ohne in die Tiefe zu greifen. Die 2. Form ist die der markigen Infiltration mit der Bildung erhabener, rundlicher Geschwüste, deren Oberfläche trocken zerklüftet ist oder zu einem Krater zerfällt. Sie stellen voluminöse Neubildungen dar, welche im Stande sind, den Bulbus aus seiner Lage zu verdrängen. Bei der 3. Form sehen wir die Lider von kleinen, allmählich confluierenden Knötchen durchsetzt, die Haut ist geschrumpft.

Die Umgebung, vor allem die Gegend zwischen innerem Augenwinkel und Nasenrücken, ist in den meisten Fällen mit ergriffen, jedoch sehr selten greift die Infiltration in die Tiefe, um auf die Conjunctiva, den Bulbus und die Knochen der Orbita überzugehen.

Der Verlauf der Krankheit ist fast ausnahmslos ein sehr langsamer, so dass oft Jahre verfliessen vom Beginn bis zur ersten Operation; jedoch die primären Infiltrationen der Conjunctiva und des atrophischen Bulbus verlaufen viel rascher.

Eine merkwürdige Erscheinung kann entstehen, wenn das Carcinom die ganze Orbita erfüllt hat; es greift nämlich dann manchmal garnicht auf den Bulbus über, sondern derselbe bleibt völlig intakt von der Neubildung, so dass die Krebsmassen über demselben zusammenwuchern und der Augapfel darin verschwindet, als wenn er aufgezehrt wäre.

Die Symptome der Ausbreitung des Carcinoms an der äusseren Peripherie der Orbita beeinflussen vor

allem die Funktion der Lider und die Ableitung der Thränenflüssigkeit. Der Lidschlag und die Bedeckung des Bulbus ist zwar meist noch möglich, aber bei ausgedehnterer Infiltration der Conjunktiven kommen Verwachsungen der Lider zu Stande, so dass die äussere Commissur, bis an die Pupille sich heranschiebend, eine Scheidewand vor dem Gesichtsfeld bildet. Ektropium entsteht durch die Wucherung im Bulbus, ebenso bei Schrumpfung an der Aussenfläche der Lider.

Da die meisten Krebse am inneren Augenwinkel sitzen, so werden bald die Talgdrüsen der Caruncula lacrymalis ergriffen und das sehr häufige Symptom des Thränenträufelns entsteht. Oft dringt gerade auf der Caruncula ein Krater in die Tiefe durch das Thränenbein in die Nasenhöhle hindurch und es liegt die obere Nasenmuschel bloss. Wenn nun gleichzeitig das Stirnbein und die untere Orbitalfläche erreicht wird, so kann es vorkommen, dass auf einmal 3 grosse Knochenhöhlen eröffnet sind: Obere Nasenmuschel, Stirn- und Highmorshöhle.

Die Carcinome der Wange, Stirn und Schläfe haben das Gemeinsame bei ihren sonstigen Eigentümlichkeiten, dass sie die Haut ganz allein, resp. den darunter liegenden Knochen, nicht wie die früheren zugleich auch die Schleimhaut an den Oeffnungen der Höhlen mit betreffen.

Die grösste Altersdisposition liegt zwischen 66 und 76.

Nach der Lokalität stellt *Winiwarter* folgende Tabelle auf:

	Männer	Weiber
Wange	22	2
Augenbrauen	1	3
Stirn	1	4

	Männer	Weiber
Schläfe	2	1
Regio parotid.	2	1
Unterkiefergegend . .	2	—

Auffallend häufig ist hiebei die Erkrankung der Wange bei den Männern gegenüber den Weibern, jedoch ist das Verhältniss bei Stirn und Augenbrauengegend umgekehrt.

Unter den ätiologischen Momenten sind vor allem Traumen jeder Art, Schnitte mit dem Rasiermesser, Risse, Stiche, Hiebwunden. In zahlreichen Fällen sehen wir auch ähnlich wie beim Augenlid die Neubildung sich entwickeln aus schon lange Zeit bestehenden Warzen oder Muttermälern.

Das Wachstum ist ziemlich rascher Natur, doch will man auch hier manchmal ein gewisses Stadium der Latenz beobachtet haben, auf welches dann ein rasches »Wiederaufleben« folgte.

In 41,4% fand *Winiwarter* die Form als eine infiltrierte, bisweilen stark prominierende Wucherung, bisweilen tief kraterförmig zerfallen; in 58,5% als eine flache Ulceration mit infiltrierten Rändern.

Schmerzen sind gewöhnlich nicht vorhanden, nur an einem krebsig entarteten Atherom wurden ausstrahlende Schmerzen in Kopf und Nacken bemerkt.

Auffallend ist die häufige Nekrose des Stirnbeins, wenn der Krebs dasselbe ergriffen hat. Während bei andern Knochen die Krebsinfiltration gleichsam deren Substanz verzehrt, werden hier grössere Sequester gelockert und abgestossen.

Selten sind die Weichteile allein erkrankt, sondern die darunter liegenden Knochen werden gewöhnlich mitergriffen, so dass Resektionen und Auskratzungen

häufig vorgenommen werden müssen. Die Vereinigung durch die einfache Naht prävaliert hier in ihrem Vorkommen vor den plastischen Operationen.

Es ergibt sich im allgemeinen aus der Betrachtung der Gesichtscarcinome, dass dieselben insofern eine grössere relative Gutartigkeit gegenüber andern Carcinomen besitzen, als ihr Wachstum und ihre Ausbreitung in der Regel nur ganz langsam vorwärts schreitet, als ihr Bestehen selbst nach Jahren das Allgemeinbefinden der Patienten nicht besonders schädigt, Lymphdrüseninfection und Metastasen in innern Organen sehr selten sind. Dem gegenüber ist das Auftreten von Recidiven relativ häufig, was einigermassen auffallend scheint. Jedoch eine Erwägung macht dies leichter erklärlich. Das Carcinom besteht lange Zeit als kleines, flaches Geschwür oder Knötchen bei indolenten Leuten, meist aus der Landbevölkerung, und findet deswegen oft wenig Beachtung. Dann tritt plötzlich, entweder ohne wahrnehmbare Veranlassung oder besonders nach Insulten, ein rapides Wachstum ein, es werden auch die tiefliegenden Teile ergriffen, und bevor sich die Patienten zur Operation entschliessen, hat der Krebs eine bedeutende Ausdehnung gewonnen, die Abgrenzung gegen das gesunde Gewebe ist besonders in dem Knochen schwer zu erkennen, wichtige Funktionen der erkrankten und der ihnen benachbarten Teile setzen dem Messer enge Grenzen und so ist die Unmöglichkeit, alles Kranke zu entfernen, sehr häufig gegeben.

Der Krebs gilt heutzutage nicht mehr als eine unheilbare Krankheit, und eine dauernde Heilung würde gerade bei den Gesichtscarcinomen wegen ihrer relativen Gutartigkeit gewiss viel häufiger erreicht werden,

wenn man bei der Exstirpation von der Umgebung grössere Partieen entfernen könnte, als es in der Regel möglich resp. thunlich ist. Der Rat von *Thiersch*, man solle exstirpieren im Gesunden »ohne Rücksicht darauf, wie sich der Substanzverlust gestalten möge«, ist eben leichter ausgesprochen wie ausgeführt.

1. Fall.*)

K. G., Bauer aus Hainfeld, taubstumm, trat ein am 24. November 1889.

Status: Die rechte Hälfte der Unterlippe beträchtlich verdickt und infiltriert. Die Infiltration geht über die Mittellinie hinaus. An der Aussenseite der Lippe eine Zehnpfennigstückgrosse arrodierte Fläche. Die Unterkinndrüsen sind infiltriert.

Am 27. November Excision des Krebses. Deckung des Schleimhautdefektes durch einen umgeschlagenen Wangenhautlappen. Deckung des äusseren Defekts durch einen Langenbeck'schen Halslappen, die Drüsen werden vorläufig darin gelassen, um die Ernährung des Lappens nicht zu stören.

Am 18. Exstirpation der Drüsen. Heilung prima intentione, Entlassung am 31. Dezember.

Die Nachforschung ergab, dass der 61jährige Mann ohne Recidiv geblieben und in voller Gesundheit seinen Arbeiten nachkommt.

2. Fall.

Joh. W., Bauer aus Dachelhofen, 45 Jahre, trat ein am 21. März 1889. Vor 8 Jahren zeigte sich an der rechten Unterlippe ein kleiner, leicht blutender Riss, neben welchem sich vor 4 Jahren ein harter Knoten

*) Die Erkundigungen nach dem Befinden der Operierten wurden alle eingezogen und meist beantwortet Anfang Juni 1890.

entwickelte. Vor 3 Wochen bildete sich ein neuer Riss bis in den Mundwinkel hinein. Keine Schmerzen; Patient hat nie geraucht. Die Exstirpation und Plastik am 23. März heilte sehr gut. Die Nachforschung ergab, dass der Patient ohne Rückfall ganz gesund ist.

3. Fall.

Joh. F., Oekonom, 80 Jahre alt, kam am 2. Dezember 1889. Derselbe will seit einem halben Jahre das kleine Geschwür an seiner Unterlippe bemerkt haben. Er hat viel Pfeife geraucht.

Der äusserst rüstige alte Mann hat in der Mitte der Unterlippe eine derbe Infiltration, deren Oberfläche zerfallen ist. Die submentalen Drüsen sind infiltriert. Am 5. Dezember Exstirpation und Plastik nach *Jaesche*, am 16. geheilt entlassen. Die Nachforschung ergiebt eine vollständige Heilung und das beste Wohlbefinden.

4. Fall.

Joh. H., 44jähriger Fabrikarbeiter aus Roth, will vor 18 Jahren ein Knötchen an der Unterlippe bemerkt haben, das seit $^3/_4$ Jahren rascher wuchs. Die sehr häufig gerauchte Pfeife wurde stets im gesunden Mundwinkel gehalten.

Seit der Operation am 11. März 1886 befindet er sich vollkommen wohl.

5. Fall.

Georg H., 54jähriger Arbeiter aus Roth; ein kaum beachtenswertes Knötchen, veranlasste ihm plötzlich seit 6 Wochen stärkere Schmerzen. Mässiger Raucher. In der Mitte der Unterlippe sitzt eine verschorfte runde Fläche von 2 cm Umfang. Am 15. November 1888 wurde die Exstirpation nebst Plastik nach *Jaesche* ausgeführt. Glatter Verlauf.

Nach autentischer Mitteilung ist kein Recidiv eingetreten.

6. Fall.

Joh. M., 59jähriger Tagner, musste schon vor 4 Jahren immer ein Knötchen auf der Unterlippe wegkratzen. Die Pfeife wurde immer in dem jetzt erkrankten Mundwinkel gehalten. Auf der rechten Seite der Unterlippe zeigt sich ein Gewächs, aus mehreren knochenharten Knoten bestehend. Exstirpation des Lippenkrebses, welcher die Hälfte der Unterlippe und den Mundwinkel einnimmt; *Jaesches* Plastik aus der andern Seite liefert unbefriedigende Resultate: Der Mund wird eng und die Unterlippe schlägt sich nach innen ein. Seit dieser Zeit ist kein Rückfall eingetreten.

7. Fall.

Joh. A., 76jähriger Oekonom, bemerkte seit einem Vierteljahre an der rechten Hälfte der Unterlippe ein Geschwür, dessen rasches Wachstum ihn ärztliche Hilfe aufsuchen liess. Die oft gerauchte Pfeife hing immer in dem betreffenden Mundwinkel.

Am 18. Oktober 1889 wurde die Plastik und Exstirpation der Lymphdrüsen gemacht; glatte Heilung.

Sichere Mitteilung ergiebt, dass das Resultat der Operation in jeder Beziehung ein glänzendes ist. Der Alte raucht ruhig seine Pfeife weiter.

8. Fall.

Georg M., 49 Jahre alt, Küfer, bemerkte seit sieben Jahren links an der Oberlippe ein kleines Knötchen, das seit einem Jahre schneller zu 10 Pfennigstückgrösse wuchs. Mässiger Raucher.

Am 29. Dezember 1888 wurde das Carcinon exstirpiert und Epidermis transplantiert. Plastik der einen

knorpligen Nasenhälfte aus der Stirn. Nachforschung ergiebt die vollständige Gesundheit des Operierten.

9. Fall.

Joh. K., 58jähriger Tagner, biss sich bei einem Fall vor einem halben Jahre in die Unterlippe, aus welcher Verletzung der jetzige wallnussgrosse Knoten sich entwickelt haben soll. Mässiger Raucher. Die Plastik führte wahrscheinlich zur Heilung, jedoch war Nachforschung unmöglich.

10. Fall.

Georg R., 54jähriger Weber, bekam vor einem Vierteljahre ein stets grösser werdendes Geschwür an der Unterlippe. Am 13. Oktober 1888 wurde der Patient nach der Operation und Plastik als geheilt entlassen. Jedoch bald zeigten sich Recidive, so dass er im Oktober 1889 wieder in die Klinik kam, jedoch in einem Zustande, der eine Operation als nutzlos erscheinen liess.

11. Fall.

Elise M., 66jährige Tagnerin, hat die ganze Unterlippe von einem derben Tumor eingenommen. Die Drüsen sind geschwollen. Am 1. März 1890 Exstirpation mit nachfolgendem nicht recht gelungenem *Fäsche*. Plastik wegen der grossen Spannung; jedoch am 3. März entsteht eine Pneumonie, welcher die Patientin erliegt.

12. Fall.

Konrad H., 59jähriger Drechsler, bemerkte schon länger eine Gespanntheit der linken Wange. Da die Behinderung des Essens immer zunahm, suchte er die Klinik auf. Bei geöffnetem Munde sieht man dem ersten Molaris gegenüber eine Zerstörung der Schleimhaut mit wallartig infiltrierten Rändern. Nach gelungener Operation am 6. Januar wird der Patient am 19. Januar 1887

entlassen. Die Nachforschung ergiebt, dass schon nach 8 Wochen ein Recidiv auftrat, dessen Exstirpation nur 5 Wochen vor dem zweiten Rückfall schützte. Einer dritten Operation folgte diesmal schon nach 4 Wochen ein neues Recidiv, woran der Patient zu Grunde ging.

13. Fall.

Heinrich R., 52jähriger Weber. Seit dem Jahre 1885 bemerkte er eine Warze, die beim Rasieren verletzt, sich zu einem Geschwürchen entwickelte. Dieses, auf dem Jochbein sitzend, wächst seit 5 Wochen ganz enorm. Mit dem Knochen ist der Tumor nicht verwachsen. Am 10. Jan. 1887 Exstirpation dieses Krebses, welcher sich vom äusseren Gehörgang fast bis zum äusseren Augenwinkel erstreckte. Die Haut der Ohrmuschel wird nach sorgfältiger Auspräparierung des Ohrknorpels teilweise zur Deckung der grossen Wunde benutzt, der übrige Teil der Wunde mit Epidermis gedeckt, welche an einer Stelle einer glatten Meisselfläche des Jochbeins aufgelegt wurde. Im Dezember jedoch musste nochmals operiert werden, ohne dass Besserung eintrat. Im Juni 1888 trat der Tod ein.

14. Fall.

Marie B., Pflastererswittwe, 62 Jahre alt, wurde im Jahre 1884 schon an Krebs der Wange operiert. 1886 wurde der Bulbus herausgenommen, aber anfangs 1888 traten schon wieder Recidive auf. Eine Operation blieb ohne Erfolg, so dass seit dieser Zeit die Zerstörung langsam, aber stetig fortschreitet. Trotzdem befindet sich die Kranke nicht in einem so kachektischen Zustande als man erwarten sollte.

15. Fall.

Kunigunde F., 46jährige Wirthin, bekam vor drei Jahren eine Geschwulst auf der linken Wange. Es

zeigen sich darauf drei kleinere Geschwürsflächen von Linsen- bis Erbsengrösse. Am 25. April 1888 wurde der Tumor herausgeschnitten. Eingeholter Nachricht zufolge befindet sich die Operierte seither so wohl, dass sie eine nochmalige Ehe einging.

16. Fall.

Georg W., 69jähriger Gütler, zeigt äusserlich eine Auftreibung am linken Oberkiefer, bei geöffnetem Munde eine ulcerierte Wucherung am proc. alveolaris. Am 22. Dezember 1888 wurde der Oberkiefer reseciert. Die Heilung verlief günstig, jedoch musste schon im Juni 1889 eine zweite Operation vorgenommen werden, welche aber der Wucherung so wenig Einhalt thun konnte, dass der Tod bald eintrat.

17. Fall.

Georg H., 70jähriger Oekonom. Seit vorigem Jahre ist ein lange vorher vorhandenes »Plätzchen« an der Stirne zu Markstückgrösse rasch gewachsen. Am 8. August 1889 wurde operiert, die Transplantation hinzugefügt. Bis jetzt ist kein Recidiv aufgetreten.

18. Fall.

Georg B., 74jähriger Oekonom, hatte seit vorigem Herbste an der rechten Wange ein kleines Geschwür. Jetzt ist dasselbe Fünfmarkstückgross und mit dem Knochen verwachsen. Nach der Operation am 4. April 1889 wird der Patient geheilt entlassen; seit dieser Zeit erfreut er sich voller Gesundheit.

19. Fall.

Friedrich F., 60jähriger Schnittwaarenhändler, bemerkt seit 4 Wochen am linken Oberkiefer einen Tumor, der jetzt apfelgross ist. Am 9. November 1889 Exstirpation mit Resection des Oberkiefers und Jochbeins. Die Geschwulst dringt vom Stirnfortsatz des Jochbeins

und der äusseren Wand der Orbita gegen die Schädelbasis vor. Beim Abmeisseln der erkrankten Knochenteile wird an der erkrankten Stelle, etwa 1 cm im Durchmesser haltend, die Schädelhöhle geöffnet. Der Proc. coronoideus mandibulae und der muscul. temporalis werden weggenommen, der 3. Ast des Trigeminus an der Schädelbasis abgeschnitten. Trotz Abmahnung der Aerzte verliess der Patient das Spital und starb gemäss eingezogener Erkundigung schon am 30. Nov. an »Entkräftung«.

20. Fall.

Barbara L., 56jährige Bauernfrau, giebt an, dass sie vor 5 Jahren an einer bösartigen Geschwulst der Lippe operiert worden sei. Jetzt hat sich am Unterkiefer ein faustgrosser Tumor gebildet. Die Operation am 26. Juli 1889 blieb bis heute von Erfolg gekrönt.

21. Fall.

Joh. Sch., 53jähriger Viktualienhändler, bekam im Juni 1888 wegen Krebses das rechte Auge exstirpiert. Bald darauf entwickelte sich ein jetzt hühnereigrosser Tumor an der Parotis, welcher am 26. Juli 1889 exstirpiert wurde. 2 Monate später trat ein Recidiv auf, welches, nicht operiert, am 4. Februar 1890 zum Tode führte.

22. Fall.

Barbara P., 60jährige Wittwe, musste sich das carcinomatöse Auge enuclieren lassen.

Es wurden noch einige Drüsen exstirpiert, aber dem vorliegenden Berichte nach scheint die Operation am 19. August 1889 die Recidive nicht verhindert zu haben. Der Prozess ist so weit vorgeschritten, dass die behandelnden Aerzte die Hoffnung aufgeben.

23. Fall.

Heinrich Sch., 50jähriger Wechselwärter, wurde früher schon an einem Carcinom recidiv der Unterkieferdrüsen operiert. Der jetzige Rückfall wird vom Unterkiefer abgemeisselt am 2. April 1889. Bis heute blieb jegliches Recidiv aus.

24. Fall.

Michael Sch., 77jähriger Bauer, zeigt ein fünfmarkstückgrosses Carcinom auf der linken Schläfe. Dasselbe wird im Januar 1890 mit dem Periost abgelöst. Der beste Erfolg wird auf Anfrage gemeldet.

25. Fall.

Maria P., 51jährige Wagnersfrau, bemerkte seit 9 Jahren hinter dem rechten Ohre einen linsengrossen Knoten, der beim Kämmen öfter aufgeritzt, geschwürig wurde. Seit der Verletzung durch den Kamm soll die Stelle ein offenes Geschwür gewesen sein, welches eine 10Pfennigstückgrösse erreichte. 1883 operiert, blieb sie ein Jahr gesund, musste sich dann in Amberg von neuem operieren lassen. Nach Jahresfrist jedoch wurde sie wegen Recidivs am 26. Januar 1888 in die hiesige Klinik aufgenommen. Während der ganzen Dauer der Krankheit will Patientin nicht besonders geschwächt gewesen sein. Die mittelgrosse, magere Frau zeigt über dem rechten Ohre nach hinten zu einen grossen, 2 mm tiefen Substanzverlust von dreieckiger Gestalt, so dass die Basis nach unten, die Spitze nach links oben sieht. Der nach dem Ohre hinsehende Schenkel ist 7 cm lang, die Basis 5 cm. Die Ränder sind hart und ragen über die Haut hervor. Der Grund lässt sich vom Knochen nicht verschieben und zeigt viele gelbe Beläge. Auf der rechten Seite des Halses

fühlt man 5 linsengrosse Drüsen, ebenso eine vergrösserte Drüse links.

Am 30. Januar wird das Carcinom vom Knochen abgemeisselt im Umfange von $4^1/_2$ cm. Die ergriffene Dura wird in gleichem Umfang gelöst. Zur Deckung des Defekts wird ein grosser Lappen oberhalb der exstirpierten Stelle mit der Basis nach hinten und oben verwandt. Starker Blutverlust.

Krankengeschichte:

31. Januar. Temperatur 39,5, Verbandwechsel. Ränder des Lappens bereits angelegt.

Da die Temperatur die nächsten Tage hoch bleibt, wird der Verband täglich gewechselt, einige Nähte gelöst, aber kein Eiterherd ward gefunden.

Allmählig sinkt die Temperatur, ziemliches Wohlbefinden.

Am 14. Februar bemerkt man beim Verbandwechsel in der Mitte des Knochendefekts eine kleine pulsierende Vorwölbung, die am 18. taubeneigross und fluktuierend wird. Durch einen Compressivverband schien die Störung beseitigt.

Am 25. klagte Patientin Kopfschmerz und war deutlich somnolent. Die Prominenz war noch grösser, in der Wunde lagen zerfallene Hirnpartikel. Die Sonde, 6 cm eingeführt, fand keinen Eiter. Am 28. und 29. Parese des Vorderarms und Unterschenkels.

Am 1. März erstreckt sich der Tumor über die ganze Knochenlücke. Die Lähmung an den untern Hälften der linken Extremitäten ist vollständig. Sensibilität scheint erhalten.

Am 3. wird der fest angeheilte Lappen über dem jetzt hühnereigrossen Tumor gelöst, die Sonde dringt

ohne Widerstand und Blutung in den weichen Brei, der teilweise abgespült wird.

Compressionsverband.

Am 5. Allgemeinbefinden gut, der Fuss kann wieder etwas dorsalflektiert werden, wobei sehr ausgesprochen eine isolierte Contraktion des Tibialis anticus vorhergeht. Am 6. ist das subj. Befinden sehr gut, der Fuss kann noch mehr bewegt werden, die Hand zeigt Spuren von Beweglichkeit.

Am 7. Lidbewegungen normal, die rechte Pupille enger, beide reagieren. Auf beiden Augen Presbyopie. Trigeminus intakt, Gehör, Geruch, Geschmack normal, Kaumuskeln, Zunge, weicher Gaumen normal. Ebenso die Sprache. Händedruck vorhanden, aber schwach. Leichter Tremor. Sehnenreflexe nicht gesteigert. Die linke untere Extremität nur noch schwach paretisch.

Am 1.—3. April wird Patientin immer somnolenter, der Tremor in beiden obern Extremitäten dauert an. Sehnen- und Hautreflexe schwächer.

Am 4. exitus lethalis.

26. Fall.

Joh. K., 52jähriger Schuster, bemerkte in der Mundhöhle am rechten Oberkiefer ein Knötchen, das seit $1^1/_2$ Jahren stets wuchs. Jetzt ist dasselbe kraterförmig ulceriert und fest mit der Gaumenplatte verwachsen. Am 14. Oktober 1889 wird der Oberkiefer reseciert, jedoch tritt am folgenden Tage schon an der Nase ein Erysipel auf, dem der Patient erliegt.

27. Fall.

Anna K., 70jährige Köchin, zeigte ein Carcinom des Unterkiefers, das auch auf die Lippe hinaus griff. Nach der Operation am 27. September 1889 ward bald

der Puls immer kleiner. Am folgenden Morgen ward sie tot im Bette gefunden.

28. Fall.

Joh. Br., 73jähriger Bauer, hatte schon den ganzen Bulbus eingebüsst, bis er sich zur Operation entschloss, die am 10. April 1889 stattfand. Am 13. starb er laut Sectionsbericht an Meningitis purulenta, ausgehend von der Orbita.

29. Fall.

Jakob M., 57jähriger Brauer, zeigt ein Carcinom des Oberkiefers. Am 17. April 1889 operiert, raffte auch ihn am 19. schon die Meningitis dahin.

30. Fall.

Georg St., Agent, hat oberhalb der linken Augenhöhle einen mit dem Knochen verwachsenen Tumor, weiter oben noch zwei kleinere. Der Patient ist wegen häufiger Recidive schon sehr oft operiert. Operation am 28. Sept. 1889. Vom oberen Drittel der Stirn bis zum Jochbogen müssen die Weichteile excidirt werden. Das obere Augenlid fällt mit fort. Die Augenhöhle wird völlig ausgeräumt, obgleich der Bulbus normal ist. An zwei Stellen des Stirnbeins muss die oberflächliche Knochenschicht weggemeisselt werden, ebenso der margo supra orbitalis. Endlich muss auch noch die von Geschwulstmassen umlagerte äussere Wand der linken Orbita abgetragen werden. Der Tumor haftet an der Dura, diese wird weggeschnitten. Die mit der Geschwulst verwachsene Stelle der weichen Häute wird kauterisiert, nachdem der Tumor abgerissen worden war. Zuerst trat etwas Störung des Sensorium auf; er konnte jedoch bald entlassen werden, Die Nachricht ergiebt, dass der Patient gestorben ist.

31. Fall.

Leonhardt B., 68jähriger Gütler, hatte seit mehreren Jahren am rechten Nasenflügel ein »Knöperle«, das er für eine Warze hielt. Da es jetzt immer grösser wird, lässt er sich am 23. August 1889 operieren. Plastik aus der Stirne. Die Nachforschung ergiebt, dass kein Rückfall eintrat.

32. Fall.

Johann B., 62jähriger Lumpensammler. Eine mehrlappige, wallnussgrosse Geschwulst bedeckt beinahe ganz die beiden Nasenhälften. Am 9. April 1889 wird operiert. Gemäss eingezogener Erkundigung befindet sich der Mann vollkommen wohl.

33. Fall.

Johann H., 74jähriger Bauer, hatte ein ulceriertes Carcinom der rechten Nasenseite. Am 11. Juli 1889 wurde die Plastik gemacht. Der Erfolg ist bis heute ein glänzender.

34. Fall.

Andreas W., 63jähriger Weber; die rechte Hälfte der Unterlippe wird von der Geschwulst eingenommen. Patient ist Nichtraucher. Am 6. Juni 1888 wird die Cheiloplastik gemacht. Rückfälle sind bisher nicht eingetreten.

35. Fall.

Johann M., 50jähriger Oekonom, bemerkte schon vor Jahren ein Bläschen am unteren Augenrand, das allmählich zur Geschwulst entwickelt das untere Lid zerstörte, ohne jedoch die Sehkraft zu beeinträchtigen. Der Status meldet einen Defekt des unteren rechten Augenlides und des Augenhöhlenrandes von Wallnussgrösse. Am äusseren Augenwinkel findet sich eine mit Haut und Knochen verwachsene Geschwulst, welche in ein Geschwür mit derben Rändern übergeht. Die Operation am 6. Juni 1888 hat den Patienten bis jetzt vor

allen Recidiven zu schützen vermocht. Er befindet sich in bester Gesundheit.

Von den übrigen 11 operierten Gesichtscarcinomen konnte auf keine Weise Nachricht erlangt werden.

Sie teilen sich in 3 Carcinome der Unterlippe, 4 Carcinome der Nase, 2 der Wange, 1 der Schläfe, 1 der Parotis.

Die 12 beschriebenen Lippencarcinome lassen sich unter folgendes Schema bringen:

Geschlecht u. Stand.	Alter.	Raucher.	Zeit u. Erf. d. Oper.
Bauer	61	Nicht	Nov. 89; Gesund
,,	45	,,	März 89; ,,
,,	80	Stark	Dez. 89; ,,
,,	59	,,	Dez. 88; ,,
,,	76	,,	Okt. 89; ,,
,,	49	Mässig	Dez. 88; ,,
,,	58	,,	— : ,,
Arbeiter	44	Stark	1886: ,,
,,	54	Mässig	Nov. 88: ,,
Weber	54	,,	Okt. 88: Rec.inoper.
,,	63	Nicht	Juni 88: Gesund
Tagnerin	66	,,	März 90: † gleich nach d. Operation a. Pneumonie

Wenn man annimmt, dass die Recidivfreiheit von ungefähr einem Jahre eine ziemlich sichere Hoffnung auf gänzliche Heilung gewährt, was allerdings von Vielen als ein zu sanguinisches Urteil betrachtet wird, so muss das uns vorliegende Resultat der Operationen als äusserst günstig bezeichnet werden. Die Seltenheit der Oberlippencarcinome ist auch hier bestätigt, indem nur ein Fall vorliegt. Ebenso ist das weibliche Geschlecht bei den Lippenkrebsen nur durch einen Fall vertreten. Bloss drei waren Nichtraucher. Alle bis auf zwei gehörten zu den im Freien beschäftigten Ständen. Das Alter schwankt zwischen 44 und 80.

Die übrigen 23 beschriebenen Gesichtskrebse verteilen sich auf Wange, Nase, Schläfe, Lider, Orbita, Stirn. Sie lassen sich unter folgende Tabelle vereinigen:

Geschlecht und Stand	Alter	Sitz d. Carcinoms	Zeit uud Erfolge der Operation	Bemerkungen.
Drechsler	59	Wange	Jan. 87; Recidiv	Nach 3 Operationen am 3. Recidiv †
Weber	52	do.	Jan. 87; do.	Nach einer nochmal. Op. an Rec. †
Wittwe	62	Wange u. Orbita	1884; Recidiv 86	Bulb. exst.; 88 neues Rec.; lebt noch
Wirthin	46	Wange	Ap. 88; kein Rec.	Ganz gesund
Oekonom	74	do.	Ap. 89; do. do.	do. do.
Wagnersfrau	51	Wange u. Schläfe	Ap. 88; Recidiv	Sie hatte vorher u. nachher Rec. †
Bauer	68	Nase	Aug. 89; k. Rec.	Gesund
Händler	62	do.	Ap. 89; kein Rec.	do.
Bauer	74	do.	Juli 89; do. do.	do.
do.	69	Oberkiefer	Dez. 88; Recidiv	Nach einer Recidiv-Operation 89 †
Händler	60	do.	Nov. 89; do.	†
Brauer	57	do.	April 89;	Nach d. Operat. an eintr. Mening. †
Bäuerin	56	Unterkiefer	Juli 89; kein Rec.	Gesund
Wechselwärter	50	do.	Ap. 89; do. do.	do.
Köchin	70	do.	Sept. 89;	Gleich nach der Operation †
Bauer	73	Orbita	April 89;	Gleich n. d. Op. an Meningitis †
Agent	?	do.	Sept. 89;	†
Wittwe	60	do.	Aug. 89; Recidiv	Lebt noch in hoffnungslosem Zust.
Bauer	50	Unteres Lid	Juni 88; kein Rec.	Gesund
Oekonom	70	Stirn	Aug. 89; do. do.	do.
Händler	53	Parotis	Juli 89; Recidiv	†

Wir haben 6 Carcinome der Wange, 3 Männer und 3 Frauen; davon sind bloss 2 von Recidivum frei geblieben. Die 3 Nasenkrebse wurden sämmtlich geheilt. 2 von den Oberkiefercarcinomen starben an Recidiv, das 3. an Meningitis. Von den Unterkieferkrebsen sind 2 gesund, das 3. starb gleich nach der Operation an Entkräftung. Ein Carcinom der Orbita ging gleich an Meningitis verloren, eines starb an Recidiv, das letzte ist in extremis. Die Operationen an Lid und Stirn vermochten in diesen zwei Fällen den Rückfall abzuhalten, während diejenige an der Parotis erfolglos blieb.

Zum Schluss erübrigt mir noch die angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. *Heineke* für die gütige Unterstützung herzlich zu danken.